第１号様式（第２条・第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

介護保険法第115条の32第２項(整備)又は第４項

　　　　　　　 （区分の変更）に基づく業務管理体制に係る届出書

 　　　年　月　日

大阪府知事 様

 事業者　名　　　称

 代表者氏名

 このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業者（法人）番号 | A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １　届出の内容 |
|  | (1)法第115条の32第２項関係（整備） |
| (2)法第115条の32第４項関係（区分の変更） |
| ２ 事業者 | フ　リ　ガ　ナ名　　　　　称 |  |
|  |
| 主たる事務所の所在地 | (〒　 　-　　　　） 都道　 郡　市　　　　 府県 　 区 |
| (ビルの名称等） |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 法 人 の 種 別 | 営利法人・社会福祉法人・社会医療法人・ＮＰＯ法人・その他（　　　　　　）(該当種別に○をしてください) |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 |  |  フリガナ |  | 生年月日 |  年 月 日 |
|  氏　名 |  |
| 代表者の住所 | (〒　 　-　　　　） 都道　 郡　市　　　　 府県 　 区 |
| (ビルの名称等） |
| ３　事業所名称等 及び所在地 | 事業所名称 | 指定(許可)年月日 | 介護保険事業所番号(医療機関等コード) |  所　在　地 |
| 別表のとおり |
| ４ 介護保険法施行規　則第140条の40第１項第2号から第4号に基づく届出事項 | 第２号 | 法令遵守責任者の氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ) |  　　生年月日 |
|  |  |
| 第３号 | 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 |
| 第４号 | 業務執行の状況の監査の方法の概要 |
| ５区分変更 | 区分変更前行政機関名称、担当部(局)課 |  |
| 事業者（法人）番号 | A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 区分変更の理由 |  |
| 区分変更後行政機関名称、担当部(局)課 |  |
| 区　分　変　更　日 |  　　　年　　月　　日 |
|  |  |  |
| 連絡先 | 所属 |  | メールアドレス |  | 電話番号 | 　　　　 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |

（日本工業規格Ａ列４番）

（別表）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名 | 事業所名称 | 指定(許可)年月日 | 介護保険事業所番号 | 所　在　地 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

計　　　か所 （介護予防、介護予防支援についても１事業とし、「みなし事業所」、「総合事業事業所」を除いた事業所を記入してください。）